

# 検査連絡票

電話予約の後、FAXでお送り下さい。カルテを作成し予約を入れます。  
下欄太字内の内容は、検査方法の検討に必要ですので、記入をお願いします。

①患者氏名	男・女
②生年月日	M・T・S・H 年 月 日
③友愛会診察歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
③-Ⅱ 住所	市・町・村
④電話番号	— —
⑤検査日時	予約電話前に FAX を送る場合は、記入の必要ありません
	H 年 月 日 ( : )
⑥検査名・部位	
⑦施設名	
⑧医師名	
<b>検査目的</b> <b>症状及び依頼事項など</b> 検査及び読影に必要な情報で すので記入してください	(診療情報提供書を記載する場合はこの欄のコメントは不要です)